

с ГО на ФН – меньшая активность ЦГМ структур ассоциирована с напряжением гемодинамики при ФН, а парасимпатическая недостаточность – со снижением ХР. Коэффициент К30/15 может использоваться для оценки ТФН у пациентов с ГРТ ГО и ГДТ ГО.

ВОЗМОЖНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Зайцева Т.П., Белуга В.Б., Биркос В.А., Амбрушкевич Л.П., Довнар Л.Н.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «ГКБ СМП г. Гродно»*

В настоящее время репродуктивное здоровье населения является одной из важных медико-социальных проблем, что обусловлено омоложением контингента пациенток, возросшей заболеваемостью, требующей хирургического лечения [1, 2, 3]. Вместе с тем данные об эффективности хирургического лечения гинекологических заболеваний разноречивы, не систематизированы, разобщены и не дают объективного представления о реальных возможностях улучшения репродуктивной функции после перенесенных операций. В связи с этим не вызывает сомнения необходимость разработки и внедрения эффективной системы охраны репродуктивного здоровья, включающей в себя обеспечение непрерывного лечебно-диагностического процесса на всех этапах оказания специализированной медицинской помощи.

В настоящее время проблематичным является ведение пациенток в послеоперационном периоде на амбулаторном этапе, минимализируются подходы при отсутствии значительных осложнений, отсутствуют достаточно четкие представления о состоянии здоровья женщин после операций и стандарты реабилитации.

Цель исследования: создание стандартов реабилитации и диспансерного наблюдения пациенток после оперативного лечения гинекологических заболеваний путем разработки и внедрения дифференцированного подхода к ведению и наблюдению их на амбулаторном этапе.

Материал и методы исследования: были обследованы 537 женщин, перенесших оперативные вмешательства по поводу трубной беременности (ТБ) – 181 пациентка, миомы матки (ММ) – 79, доброкачественных образований яичников (ДОЯ) – 75, гнойных tuboовариальных образований (ГТО) – 55, трубно-перитонеального бесплодия (ТПБ) – 38 пациенток, а также 109 женщин контрольной группы (ТБ-30, ММ-20, ДОЯ-25, ГТО-20, ТПБ-14).

Всем женщинам проводилось комплексное обследование, включая клинические методы исследования, ультразвуковой, микробиологический, эндоскопический и морфологические методы исследования.

Пациенткам основной группы после проведенного хирургического лечения, после выписки из стационара, предложена и выполнена индивидуально разработанная программа реабилитационных мероприятий по каждой нозологической единице патологии. Разработанная программа включала кратность лабораторных исследований, иммуномодулирующую, неспецифическую противовоспалительную терапию, коррекцию биоценоза влагалища, физиотерапевтические методы, реабилитационные мероприятия менструального цикла. За пациентками контрольной группы велось стандартное динамическое наблюдение.

Результаты хирургического лечения и репродуктивная хронология прослежены за период 2015 - 2017 гг.

Результаты исследования. Число операций в гинекологическом отделении за период 2015-2017 гг. по поводу эндометриоза, миомы матки, кист и кистом яичников, трубной беременности и бесплодия составило 32% в год от всех хирургических вмешательств в отделении, что представляется важным с позиции реального вклада оперативной гинекологии в решение проблем демографической безопасности. Выполняемые органосохраняющие оперативные вмешательства направлены на возможность обеспечения деторождения за счет не только социальных преобразований, но и медицинских технологий. Это относится к лечению невынашивания беременности, бесплодия и операций, направленных на сохранение и восстановление репродуктивной функции.

У 78,4% женщин с различными гинекологическими заболеваниями до возникновения показаний для хирургического лечения имелись ряд общих патогенетически значимых изменений гомеостаза, лежащих в основе нарушений репродуктивной функции, таких как хронический персистирующий воспалительный процесс половых органов – у 29,5%, наличие двух и более возбудителей заболеваний, передаваемых половым путем – 62,7%, дисбиоз влагалищного биотопа – 43,7%, аборт в анамнезе – 12,4%, спаечный процесс в малом тазу – 50,6%, бесплодие – 14,5%, гормональный дисбаланс с формированием различных нарушений менструального цикла – 69,1%. У женщин с гнойными tuboовариальными образованиями (15,2%) отмечено длительное использование внутриматочного контрацептива. Более половины из этих пациенток (60,9%) являлись носительницами ВМК более 5 лет. Частота выявления заболеваний, передаваемых половым путем, во всех группах наблюдались от 55% до 79%.

Наблюдаемые пациентки проходили лечение в условиях гинекологического отделения УЗ «ГКБ СМП г. Гродно». Все женщины прооперированы согласно соответствующим показаниям. После проведения клинико-лабораторного обследования и соответствующей подготовки всем пациенткам проведено хирургическое лечение. В послеоперационном периоде проводились стандартные мероприятия по профилактике тромбоэмболических, гнойно-септических осложнений, лечение болевого синдрома. Послеоперационный период протекал без осложнений у всех пациенток основной и контрольных групп.

Восстановление репродуктивной функции женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний предусматривало этапность. На первом этапе проводились: при планируемых оперативных вмешательствах – гормональное исследование, обследование на инфекции, передаваемые половым путем и, как следствие, соответствующая коррекция выявленных нарушений. Коррекцию иммунного статуса целесообразно проводить до планируемого оперативного вмешательства, чтобы процессы репарации оперированных тканей происходили на фоне нормальной иммунореактивности. Продолжить ее необходимо в послеоперационном периоде на амбулаторном этапе у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза, а так же после оперативных вмешательствах на маточных трубах. Вторым этапом явилось непосредственно хирургическое лечение. Основным принципом, позволяющим восстановить и сохранить репродуктивный потенциал женщин явился органосохраняющий подход, а также преимущественно лапароскопический доступ. Заключительным этапом явилась непосредственно реабилитация, которая направлена на восстановление нормального двухфазного менструального цикла при планировании беременности после оперативных вмешательств по поводу бесплодия, иммуномодуляцию, поддержку нормобиоценоза влагалищного биотопа и применение рациональной контрацепции.

К общим принципам реабилитации на амбулаторном этапе относятся: ликвидация остаточных воспалительных явлений, активное ведение послеоперационного периода (раннее вставание, лечебная физкультура), физиотерапия (магнитотерапия, электрофорез и др.), энзимотерапия, иммунотерапия. Иммунокоррекцию после оперативных вмешательств осуществляли в зависимости от иммунореактивности организма: от растительных адаптогенов, индукторов интерферона до УФО крови, плазмофереза, гипербарической оксигенации.

Коррекцию биоценоза влагалища проводили пероральными, вагинальными пробиотиками. У женщин репродуктивного возраста для сохранения детородной функции гормональная контрацепция являлась обязательным компонентом восстановительной терапии после хирургического лечения. Показателем эффективности проводимых реабилитационных мероприятий явилось наступление беременности, которое составило 27% в течение ближайшего года после оперативного вмешательства

Заключение: разработанные программы реабилитации после гинекологических оперативных вмешательств, учитывающие клиничко-анамнестические, гормональные, метаболические, иммунологические детерминанты возникновения различных нарушений репродуктивного здоровья, позволили улучшить оказание специализированной помощи данной категории женщин и явились одним из резервов повышения рождаемости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пирогова, В.И. Реабилитация репродуктивного здоровья женщин с нарушениями менструального цикла в результате хронических и воспалительных заболеваний органов малого таза / В.И. Пирогова,

С.А. Шурпак // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2018 – № 2, Том 8. – С. 264-276.

2. Al-Azemi, M. Multi-marker assessment of ovarian reserve predicts oocyte yield after ovulation induction // Hum Reprod. – 2011. – Vol. 26, № 2. – P. 414-422/

3. Кузнецова И.В. Сохранение овариального резерва у больных с эндометриозом // Проблемы репродукции. – 2016. – № 22 (4). – С. 37-42.

ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛАРУСИ: ЭТАПЫ

¹Зеньков О.Л., ²Сурмач М.Ю.

¹УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

²УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Информатизация является одной из актуальных задач современного здравоохранения в Беларуси. Основными направлениями информатизации отрасли здравоохранения являются: создание в организациях здравоохранения автоматизированных информационных систем, организация единого информационного пространства здравоохранения Республики Беларусь, развитие единой республиканской консультативной телемедицинской сети организаций здравоохранения, развитие систем мониторинга состояния здоровья населения, эпидемиологического благополучия.

Цель работы – обозначить этапы информатизации учреждений здравоохранения и обосновать перспективы внедрения информационно-аналитических систем по контролю качества проведения лечебно-диагностического процесса.

Анализировались исходный уровень готовности Гродненской области к внедрению цифрового здравоохранения [7], опыт УЗ «Гродненская областная клиническая больница» [4] и других учреждений здравоохранения Республики Беларусь [1; 3; 6], опыт других стран [2; 8], рекомендации Европейского регионального бюро ВОЗ по построению успешно функционирующей информационной системы здравоохранения [5; 9].

Установлено, что на первом этапе информатизации необходимо сформировать материально-техническую базу, построить локальные сети в учреждении, приобрести компьютерную технику, сервера, сетевое оборудование, затем закупить программное обеспечение, АРМы которого будут соответствовать профилю организации.

Основная задача первого этапа – обеспечить, чтобы вся работа врачей и среднего персонала регистрировалась в базе данных учреждения. При доработке АРМов под специфику своей организации необходимо строго соблюдать нормативную базу МЗ РБ.

На следующем этапе начинается эксплуатация информационных систем с накоплением информации. Информация в базе данных имеется разную